

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR  
TESORERÍA

Versión 3  
Fecha de aprobación 15/02/2018  
Código: 04-02-FO-0002



| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                 |  |                 |                               |                 |     |                 |                 |                 |   |                 |   |                 |   |
|---------------------------------------------|--|-----------------|-------------------------------|-----------------|-----|-----------------|-----------------|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |  |                 | LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS |                 |     |                 |                 |                 |   |                 |   |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |  |                 | C.C                           | X               | C.E |                 | NO.             |                 |   | 1031163014      |   |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |  |                 | leidydayan27@hotmail.com      |                 |     |                 | CELULAR:        |                 |   | 3057495308      |   |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  |                 |                               |                 |     |                 |                 |                 |   |                 |   |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |  |                 | MEDICINA INTERNA              |                 |     |                 | SEDE:           |                 |   | KENNEDY         |   |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                           |  | Centro de costo | %                             | Centro de costo | %   | Centro de costo | %               | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                                             |  | KE10106         | 100                           |                 |     |                 |                 |                 |   |                 |   |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |  |                 | DAVIVIENDA                    |                 |     |                 | TIPO DE CUENTA: |                 |   | Ahorros         |   |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |  |                 | No. 0550488414696101          |                 |     |                 |                 |                 |   | PENSIONADO No   |   |                 |   |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |      |           |            |               |                          |       |            |  |
|--------------------------------------------------------------------------|------|-----------|------------|---------------|--------------------------|-------|------------|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                           |      | 1455-2021 |            |               | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       | 7 DE 7     |  |
| NÚMERO DE CDP                                                            | 924  | FECHA     | 21/06/2021 | NÚMERO DE CRP | 35677                    | FECHA | 30/06/2021 |  |
| NÚMERO DE CDP                                                            | 1029 | FECHA     | 9/07/2021  | NÚMERO DE CRP | 39637                    | FECHA | 23/07/2021 |  |

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO HOSPITALARIO I dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución.

| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO  | HASTA | DIA | MES | AÑO  |
|----------------------|-------|-----|-----|------|-------|-----|-----|------|
|                      |       | 1   | 8   | 2021 |       | 31  | 8   | 2021 |

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$6.296.844

| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% |
|-------------------|-------------|---------------------|
|                   |             |                     |

OBSERVACIONES: Se cobra 186 horas a razón de \$33,854 hora

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO       |              |
|-----------------------------------------|--------------|
| CONCEPTO                                | VALORES      |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$45.103.742 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$45.093.528 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$6.296.844  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$10.214     |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 100%         |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2,271,315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 1089595075         | \$2.924.985,60    | \$365.623                | \$467.998              | 3         | \$71.253   | \$904.874     |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de agosto del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR  
REFERENTE TECNICO MEDICINA INTERNA

LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión 2  
Fecha de aprobación 3/04/2017  
Código: 04-02-FO-0003



|                         |                               |                              |
|-------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Ubicación del Servicio: | MEDICINA INTERNA              | Sede: USS KENNEDY            |
| No. DE CONTRATO:        | 1455-2021                     | Período certificado desde el |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS |                              |

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como MEDICO HOSPITALARIO I de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Servicios: SI X NO \_\_\_\_

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                              | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PRODUCTOS ENTREGADOS                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Recibir y diligenciar diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno.                                                                                                         | 100%       | 1. Recibi y diligencié diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..                                                                                             | Libro de entrega de turnos          |
| 2. Elaborar el listado de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred.             | 100%       | 2. Elaboré listados de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Libro de entrega de turnos          |
| 3. Evolucionar y formular órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas.                                                                                                                                        | 100%       | 3. Evolucioné y formulé órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..                                                                                                                           | Historias Clínicas de cada paciente |
| 4. Presentar los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente.                                                                                                                            | 100%       | 4. Presenté los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..                                                                                                              | Historias Clínicas de cada paciente |
| 5. Participar en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias                                                                                                                                                    | 100%       | 5. Participé en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..                                                                                                                                      | Libro de entrega de turnos          |
| 6. Colaborar y/o realizar procedimientos médicos pertinentes al área asignada.                                                                                                                                          | 100%       | 6. Colaboré y realicé procedimientos médicos pertinentes al área asignada, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..                                                                                                                               | Historias Clínicas de cada paciente |
| 7. Diligenciar los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado.                                                                                                                                     | 100%       | 7. Diligencié los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..                                                                                                                       | Historias Clínicas de cada paciente |
| 8. Diligenciar los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada.                                                                                                                         | 100%       | 8. Diligencié los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..                                                                                                           | Historias Clínicas de cada paciente |
| 9. Participar en el proceso de enseñanza aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución.                                                                            | 100%       | 9. Participé en el proceso de enseñanza - aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..                                                            | Libro de entrega de turnos          |
| 10. Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio                                                                                                                                            | 100 %      | asistencia a reunión mensual de actualización de la red sur occidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | asistencia                          |
| 11. Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes | 100%       | 11. Pagué aportes al sistema general de seguridad social integral sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario del mes a certificar, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parámetros éticos y profesionales con los que he sido contratado                                                                        | Copia de planilla pagada            |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$6,296,844) SEIS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

|                                                                       |                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Contratista: LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS C.C. No. 1031163014</p> | <p>Firma recibido supervisor: ANDRÉS ALBERTO ALMANZAR SALAZAR - REFERENTE TÉCNICO MEDICINA INTERNA</p> |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

| DATOS GENERALES                |  |             |  |                       |  |                   |   |                         |   | PERIODO DE CITACION |  |        |      |                         |     |                   |         |              |       | PERIODO DE PAGO    |        |                           |      |                     |    |                  |  |            |  |
|--------------------------------|--|-------------|--|-----------------------|--|-------------------|---|-------------------------|---|---------------------|--|--------|------|-------------------------|-----|-------------------|---------|--------------|-------|--------------------|--------|---------------------------|------|---------------------|----|------------------|--|------------|--|
| TIPO                           |  | NUMERO      |  | NOMBRE O RAZON SOCIAL |  | TIPO PRESENTACION |   | SU CURSAL / DEPENDENCIA |   | CODIGO              |  | SAUID  |      | PENSIONER, RIESGOS LAB. |     | NUMERO RADICACION |         | TIPO EMPRESA |       | CLASE DE APORTANTE |        | CODIGO ARL                |      | CODIGO OPERADOR     |    |                  |  |            |  |
| CC                             |  |             |  |                       |  | U                 | C | S                       | D |                     |  | MES    | ASO  | CCP. SEVA. LAB          | LAB |                   | PUBLICA | PRIVADA      | MIKTA | PEQUEÑO            | GRANDE | INDEPENDIENTE             |      |                     |    |                  |  |            |  |
| CC                             |  | 1031163014- |  |                       |  |                   |   |                         |   |                     |  | 7      | 2021 | 2021                    |     | 5255072           |         |              |       |                    |        |                           | 14-7 |                     | 83 |                  |  |            |  |
| DIRECCION                      |  |             |  |                       |  |                   |   |                         |   | CUIDADMUNICIPIO     |  | CODIGO |      | DEPARTAMENTO            |     | CODIGO            |         | TELEFONO     |       | FAX                |        | CORREO ELECTRONICO        |      | ACTIVIDAD ECONOMICA |    | VALOR NOMINA     |  |            |  |
| DIAGONAL 15 F 14 B-35 APTO 405 |  |             |  |                       |  |                   |   |                         |   | FUSCASUGUA          |  | 25290  |      | CUNDINAMARCA            |     | 25                |         | 3057495308   |       | 3057495308         |        | LEIDYDAYA1927@HOTMAIL.COM |      | 9809                |    | 0                |  |            |  |
|                                |  |             |  |                       |  |                   |   |                         |   |                     |  |        |      |                         |     |                   |         |              |       |                    |        | TOTAL EMPLEADOS           |      | FECHA DE PAGO       |    | No. AUTORIZACION |  |            |  |
|                                |  |             |  |                       |  |                   |   |                         |   |                     |  |        |      |                         |     |                   |         |              |       |                    |        |                           |      | 1                   |    | 2021/08/01       |  | 1089596075 |  |

[illegible][illegible][illegible][illegible]

| NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS |   |
|--------------------------------------|---|
| PENSIONES                            | 1 |
| SALUD                                | 1 |
| RIESGOS LABORALES                    | 1 |
| CAJAS DE COMPENSACION                | 0 |
| OTRAS                                | 0 |
| TOTAL                                | 3 |

| TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS LABORALES |             |                           |                             |               | APORTES OTROS<br>MESO | VALOR NETO<br>COTIZACIÓN |
|-----------------------------------------------|-------------|---------------------------|-----------------------------|---------------|-----------------------|--------------------------|
| COD ARL                                       | NIT AML     | COTIZ OBLIGAT             | INCAPACIDADES               |               | VALOR                 |                          |
|                                               |             |                           | No AUTORIZ                  |               |                       |                          |
| 14-11                                         | 889603789-5 | 71.300                    |                             |               | 0                     | 71.300                   |
| DÍAS<br>INTERES MORIA<br>COTI                 |             | SUBTOTAL APORTES<br>COTIZ | No RADICAR SALDO<br>A FAVOR | SALDO A FAVOR | FONDO<br>SOLIDARIDAD  | TOTAL A PAGAR            |
| 0                                             | 0           | 71.300                    | 0                           | 0             | 713                   | 71.300                   |

| TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION |           |                |               |
|--------------------------------------------|-----------|----------------|---------------|
| VALOR                                      | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |

| TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP |              |                |               |
|----------------------------------|--------------|----------------|---------------|
| VALOR                            | DÍAS<br>MORA | INT/MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |

| TOTAL A PAGAR POR TIPO DE ADMINISTRADORA | ANTES DE (DE JUAR Y MUJER) | VALOR TOTAL    |
|------------------------------------------|----------------------------|----------------|
| PENSIONES                                | 468.000                    | 468.000        |
| SALUD                                    | 365.700                    | 365.700        |
| RIESGOS LABORALES                        | 71.300                     | 71.300         |
| CCF                                      | 0                          | 0              |
| SENA                                     | 0                          | 0              |
| ICBF                                     | 0                          | 0              |
| ESAP                                     | 0                          | 0              |
| MINISTERIO DE EDUCACION                  | 0                          | 0              |
| <b>GRAN TOTAL</b>                        | <b>905.000</b>             | <b>905.000</b> |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS**  
**C.C No. 1.031.163.014 DE BOGOTA**

La suma de: (\$6.296.844) Seis millones doscientos noventa y seis mil ochocientos cuarenta y cuatro pesos m/cte.

Por concepto de: Prestación de servicios como Médico Hospitalario I en el servicio de Medicina Interna de la unidad Kennedy, durante el periodo de 1 al 31 de agosto de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 1455-2021

*Leidy Espinosa Cuestas*  
**LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS**  
**C.C No. 1.031.163.014 DE BOGOTA**  
**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**  
**NUMERO 0550488414696101**